

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ RB-89.2

ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ. Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете (Application for Reconsideration/Full Board Review) должно быть подано в течение 30 календарных дней после уведомления о регистрации секретарем Совета меморандума о решении коллегии Совета. Датой подачи заявления в Совет считается дата фактического получения заявления Советом. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(3) и определением Председателя заявление можно подать в Совет только по центральному почтовому адресу Совета (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), центральному номеру факса для заявок (1-877-533-0337), центральному адресу электронной почты для заявок (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) или с использованием ссылки для отправки документов в WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Для подачи в Совет жалоб на дискриминацию в связи с компенсациями работникам необходимо отправить заявление по почте на адрес: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Для подачи в Совет заявки на получение пособий по нетрудоспособности (заявки на компенсацию за неполученную заработную плату в связи с травмами или заболеваниями, не связанными с работой) необходимо отправить заявление почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) копия этого заявления должна быть вручена всем необходимым заинтересованным сторонам. Кроме случаев, когда заявление подается заявителем, не имеющим законного представителя, заявления должны быть поданы в формате, определенном Председателем и все разделы заявления должны быть заполнены. Непредоставление всей запрошенной информации может привести к тому, что заявление не будет рассмотрено.

ПРИМЕЧАНИЕ. Заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, доставленные лично в офис Совета, не принимаются. Заявления, отправленные почтой или принесенные непосредственно в офис начальника юридической службы (Office of General Counsel), считаются не поданными в Совет и не рассматриваются.

ДЛЯ ВСЕХ ДРУГИХ СТОРОН. Несогласие (если подается) с данным заявлением должно быть вручено Совету в течение 30 календарных дней после даты вручения заявления сторонам, как это указано в разделе «Подтверждение вручения» в форме RB-89.2 в соответствии с 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Номер(а) дел(а) WCB.** Укажите номер дела (номера дел) WCB, по которому (которым) подается апелляция. Номера дел WCB включают номера дел для заявок на компенсацию работникам, пособия по нетрудоспособности, пособия добровольным пожарным или добровольным работникам скорой помощи, жалоб на дискриминацию и жалоб на дискриминацию в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам.
- 2. Номер(а) дел(а) страховщика.** Укажите номер дела (номера дел) страховщика, по которому (которым) подается апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 3. Код страховщика.** Укажите код страховщика для страховой компании, работающей с заявкой, по которой подана апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 4. Наименование страховщика.** Укажите наименование страховой компании, работающей с заявкой, по которой подана апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 5. Дата получения травмы/отпуска.** Укажите дату, когда была получена травма или когда начался оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (если оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам не был получен, укажите дату жалобы на дискриминацию).
- 6. Имя и фамилия заявителя.** Укажите полные имя и фамилию работника.
- 7. Адрес заявителя.** Укажите улицу и номер дома, город, штат и почтовый индекс работника и почтовый адрес, если он отличается от адреса проживания.
- 8. Заявление подается от имени.** Укажите, по запросу какой стороны подается апелляция или данное заявление.
- 9. Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете.** Укажите, является ли заявление 1) обязательным или 2) дискреционным.
- 10. Дата регистрации меморандума о решении коллегии Совета.** Укажите дату решения, по которому подается апелляция.
- 11. Искомый результат.** Укажите желаемый результат.
- 12. Текущий статус дела.** Укажите статус дела.
- 13. Укажите вопросы, подлежащие разрешению.** Укажите вопросы, которые подлежат рассмотрению.
- 14. Основание апелляции.** Кратко опишите конкретные основания, на которых базируется апелляция, в том числе оспариваемые конкретные решения по вопросам факта и/или предполагаемые правовые ошибки. Общих утверждений, которые не акцентируют внимание Совета на рассматриваемых вопросах, недостаточно. Можно приложить дополнительные листы, общий объем не должен превышать 8 страниц.

15. Даты слушаний, протоколы, документы, приложения и другие доказательства. Укажите запись (или часть записи), которая относится к вопросам и основаниям, указанным в заявлении. Укажите дату слушания (даты слушаний), на котором (которых) данный вопрос был поставлен перед судьей по делам о компенсациях работникам (WCLJ), а также другие релевантные даты слушаний. Указав даты и/или номера документов, перечислите протоколы, документы, отчеты, приложения и другие доказательства, имеющиеся в деле Совета, относящиеся к вопросам и основаниям, предлагаемым для рассмотрения. Если протокола нет, укажите это. Не прикрепляйте и не прилагайте к данному заявлению никакие документы, которые уже имеются в деле в Совете на момент подачи заявления.

16. Апелляция в третий департамент отдела апелляций Верховного суда. Укажите, была ли подана или будет ли подана апелляция на меморандум о решении в третий департамент отдела апелляций Верховного суда.

17. Заверение. Лицо, заполняющее форму, должно поставить подпись и дату (и также указать свои имя и фамилию, должность, номер телефона и адрес) и подтвердить, что заявление составлено добросовестно в отношении права и фактов, имеет под собой разумные основания и было вручено обязательным заинтересованным сторонам, указанным в разделе «Подтверждение вручения».

18. Подтверждение вручения. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) заявление должно быть вручено всем необходимым заинтересованным сторонам. Случай отсутствия надлежащего вручения обязательной стороне считается ненадлежащим вручением, и заявление может быть отклонено Советом. Если заявление о рассмотрении в Совете подается страховщиком, самозастрахованным работодателем или другим плательщиком или потенциальным плательщиком, оно должно быть вручено заявителю и законному представителю заявителя, а также другим обязательным заинтересованным сторонам. Вручение считается своевременным, если оно выполнено апеллянтом в течение тридцати (30) дней после регистрации решения Советом. Необходимо заполнить подтверждение или affidavit, в котором должны быть указаны способ и дата подачи заявления в Совет. Апеллянт должен использовать только один способ подачи заявления в Совет. Если апеллянт подал дублированные заявления, такая дублированная подача может быть квалифицирована как возбуждение или продолжение вопроса без достаточных оснований, вследствие чего с апеллянта может быть взыскан сбор в соответствии с WCL § 114-a(3). В заполненном подтверждении или affidavit должно быть указано, какие документы вручены, имена заинтересованных сторон, которым они вручены, дата и способ вручения для каждой заинтересованной стороны и подтверждение того, что вручение выполнено в течение 30 дней после даты регистрации решения, которое является предметом заявления. Не допускается указывать «См. в приложении» в полях подтверждения или affidavit, в которых указываются способ вручения документов и стороны, которым вручены документы. Если вручение документов определенной стороне произведено по факсу, электронной почте или с помощью другого электронного средства, в подтверждение или affidavit должно быть включено подтверждение того, что сторона, которой документы были вручены таким образом, дала явное разрешение на получение документов таким способом [см. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) (C)]. Заявление не обязательно вручать каждой стороне одним и тем же способом. Подтверждение должно быть датировано и подписано под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений. Подтверждение может заполнить только адвокат. Affidavit должен быть оформлен под присягой (подписан) в присутствии публичного нотариуса.



ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕСМОТРЕ/ПОЛНОМ РАССМОТРЕНИИ В СОВЕТЕ

1. Номер(а) дел(а) WCB	2. Номер(а) дел(а) страховщика	3. Код страховщика	4. Наименование страховщика	5. Дата получения травмы/отпуска
6. Имя и фамилия заявителя		7. Адрес заявителя		
8. Данное заявление подается от имени:				
9. Данное заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете согласно разделам 32 и 142(2) Закона о компенсациях работникам (WCL) является:				
<input type="checkbox"/> Обязательным (имеется расхождение во мнениях, которое не устраняется путем направления к независимому специалисту)				
<input type="checkbox"/> Дискреционным				
10. Дата регистрации меморандума о решении коллегии Совета (мм/дд/гггг):				
11. Искомый результат:				
<input type="checkbox"/> Административное исправление меморандума о решении				
<input type="checkbox"/> Изменение меморандума о решении				
<input type="checkbox"/> Отмена меморандума о решении				
<input type="checkbox"/> Отмена меморандума о решении				
12. В настоящее время дело (отметьте один вариант): <input type="checkbox"/> Отклонено <input type="checkbox"/> Открыто				
13. Укажите вопросы, которые подлежат рассмотрению.				
14. Основание апелляции. Данное заявление о рассмотрении базируется на следующих основаниях (можно приложить дополнительные листы, общий объем не должен превышать 8 страниц):				
15. Даты слушаний, протоколы, документы, приложения и другие доказательства (подробнее см. в инструкциях):				
16. Была ли подана или будет ли подана апелляция на меморандум о решении в третий департамент отдела апелляций (Appellate Division) Верховного суда?				
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				



17. Заверение. Подписывая данный документ в соответствующем поле ниже, я подтверждаю, что данное заявление составлено добросовестно в отношении права и фактов, имеет под собой разумные основания и было вручено всем обязательным заинтересованным сторонам с использованием способа связи (включая фактический адрес, адрес электронной почты или номер факса для вручения), указанный в подтверждении или аффидевите о вручении ниже. Я понимаю, что Совет по компенсациям работникам налагает существенные штрафы за инициирование или продолжение рассмотрения без разумных оснований и/или с целью затягивания. Я понимаю, что в случае, если данное заявление будет отозвано по какой-либо причине или если какой-либо из поднятых вопросов разрешен сторонами, я обязан(а) немедленно уведомить об этом в письменной форме Совет и обязательные заинтересованные стороны, которым вручены документы.

Подпись лица, заполнившего форму: _____ Дата заполнения (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Официальная должность: _____ Номер телефона для связи в дневное время: _____

Адрес: _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРУЧЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК, ОКРУГ _____, а именно: Я, _____, являюсь адвокатом, надлежащим образом допущенным к занятиям адвокатской практикой в судах штата Нью-Йорк. Я настоящим подтверждаю под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что мной выполнены требования к подаче и вручению документов, изложенные в 12 NYCRR 300.13(b) (2)(iv) и (3), для данного заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете способом, указанным в разделе 2 ниже.

Я подтверждаю, что вручение данного заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, как указано ниже, было выполнено в течение 30 календарных дней после регистрации решения, которое является предметом данного заявления.

Дата (мм/дд/гггг): _____ Подпись: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

АФФИДЕВИТ

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК, ОКРУГ _____, а именно: Я, _____, принеся надлежащую присягу, свидетельствую и заявляю: Я не являюсь заинтересованной стороной заявок, указанных в заявлении о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, и мой возраст старше 18 лет. Я настоящим подтверждаю, что мной выполнены требования к подаче и вручению документов, изложенные в 12 NYCRR 300.13(b) (2)(iv) и (3), для данного заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете способом, указанным в разделе 2 ниже.

Я подтверждаю, что вручение данного заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, как указано ниже, было выполнено в течение 30 календарных дней после регистрации решения, которое является предметом данного заявления.

Подписано под присягой в моем присутствии _____ числа _____ Подпись: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Публичный нотариус

РАЗДЕЛ 2

A. Я подал(а) Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете в Совет (дата в формате мм/дд/гггг) _____ следующим способом (выберите один способ):

- Отправка почтой на почтовый ящик Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Отправка факсом на номер 1-877-533-0337
- Отправка электронной почтой на адрес wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Ссылка для отправки документов в WCB через Интернет (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Жалоба на дискриминацию в Совет по компенсациям работникам:** Отправка почтой по адресу: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Пособия по нетрудоспособности:** Отправка почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Я вручил(а) Заявление о рассмотрении в Совете (дата в формате мм/дд/гггг) _____ следующим сторонам (при необходимости приложите дополнительные листы):

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____